

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTUDO DE FOLLOW-UP DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE**  
**ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Paulo José Margalho Costa Alves

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2012



**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTUDO DE FOLLOW-UP DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE**  
**ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Paulo José Margalho Costa Alves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

2012



## **AGRADECIMENTOS**

Esta Dissertação constitui o corolário de um trabalho intenso e dedicado, num caminho partilhado por professores e colegas, ao longo dos últimos cinco anos. Neste processo, tive o grato prazer de conhecer pessoas que me marcaram para a vida, rasgando-me horizontes e revelando-me outras formas de estar e pensar.

Agradeço, reconhecidamente, a todo o corpo docente da Faculdade de Psicologia, em particular à Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, que me guiou neste último passo, pela dedicação e saber na partilha do conhecimento.

Agradeço a todos os colegas de curso que, pela sua alegria e companheirismo, me permitiram ultrapassar todos os obstáculos.

Devo, ainda, uma palavra de reconhecimento e gratidão aos profissionais e utentes do Elo Social, pela sua disponibilidade e generosidade em me terem acolhido de uma forma tão aberta, e do quanto me ensinaram sobre essas pessoas tão especiais, os portadores de deficiência mental.



## RESUMO

Este estudo pretende investigar os efeitos do processo de envelhecimento, numa amostra da população portadora de deficiência mental, constituída por utentes de uma instituição para deficientes mentais, localizada em Lisboa. A primeira avaliação decorreu em 2004 e contou com 34 utentes, tendo a segunda avaliação decorrido em 2012, contando com 32 desses utentes. Foram utilizadas em ambas as avaliações os instrumentos *Mini Mental State Examination*, as Matrizes Progressivas de Raven e o *Hand-Test*, visando-se avaliar alterações ocorridas, neste espaço de tempo, no domínio das capacidades cognitivas, com destaque para o surgimento de sintomas de demência, assim como, alterações na personalidade, destacando-se os comportamentos de *acting-out* e de agressividade. As conclusões apontam, de uma forma geral, para a inexistência de alterações significativas nos parâmetros avaliados, em relação à primeira avaliação. Tal poderá ser explicado: (1) pela idade atual dos participantes desta amostra, que ainda não atingiu o ponto de inflexão (45-50 anos), a partir do qual são expectáveis a ocorrência de alterações nas capacidades cognitivas ou na personalidade, note-se que a idade média é de 44.18 anos, com o maior número entre os 35 e 50 anos; (2) pelo estímulo que a instituição lhes proporciona, através do desempenho de uma vida ativa no Centro de Emprego Protegido e/ou em atividades pedagógicas e lúdicas para aqueles com deficiência mental moderada, enquanto utentes do Centro de Atividades Ocupacionais.

Palavras-chave: Deficiência mental; Envelhecimento; Demência; Agressividade; *Acting-out*





## **ABSTRACT**

This study aims to investigate the effects of ageing in a sample constituted by patients with mental retardation from an Institution for mentally retarded people, located in Lisbon. The first assessment was held in 2004, with 34 participants, the second one was held in 2012, with 32 participants of the original sample. In both evaluations the Mini Mental State Examination, the Raven's Progressive Matrices and the Hand-Test were applied, aiming to assess changes, between the two evaluations in cognitive abilities, the search for symptoms of dementia, as well as changes in personality, mainly acting out behaviors and aggressiveness. In general, findings suggest the absence of significant changes in the parameters evaluated, taking into account the first assessment. These results may be explained by: (1) the current age of the subjects of the sample has not yet reached the inflection point (45-50 years old) from where changes are expected to occur in cognitive abilities or personality, the average age of participants is 44.18 years old, with the majority between 35 and 50 years old; (2) the stimulus that the institution provides, thereby promoting an active life in a Protected Employment Center, and or by recreational and educational activities in a Center for Occupational Activities for those with moderate mental disabilities.

**Keywords:** Mental retardation; Aging, Dementia, Aggression, Acting-out



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1.1 A evolução do conceito de deficiência mental .....	5
1.2 A inteligência e o comportamento adaptativo .....	12
1.3 A comorbilidade na deficiência mental .....	15
1.4 O processo de envelhecimento no deficiente mental .....	18
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS .....	25
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA.....	27
3.1 Instrumentos .....	27
3.2 Procedimento .....	30
3.3 Caracterização da amostra .....	30
CAPÍTULO 4: RESULTADOS .....	33
CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO .....	41
CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO .....	47
BIBLIOGRAFIA .....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Modelo da deficiência mental.....</b>	<b>11</b>
-----------------------------------------------------	-----------

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis do MMSE (1ª Avaliação) .....</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 3 - Estatística descritiva das variáveis do MMSE (2ª Avaliação) .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 4 - Resultados do MMSE (teste de Wilcoxon) .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis das Matrizes de Raven (1ª Avaliação) ..</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 6 - Estatística descritiva das variáveis das Matrizes de Raven (2ª Avaliação) ..</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 7 - Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test (1ª Avaliação) .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 8 - Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test (2ª Avaliação) .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 9 - Resultados do Hand-Test (teste de Wilcoxon) .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 10 - Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test da amostra de referência e da amostra em estudo .....</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 11 - Comparação entre os resultados da amostra de referência e da amostra em estudo (teste t-student para uma única amostra).....</b>	<b>39</b>

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento nas pessoas portadoras de deficiência é um fenómeno recente que põe à prova as políticas de apoio existentes e os respetivos serviços (Bigby, 2002, p. 231). Esta população constitui, no seio da população idosa geral, um grupo que não tem recebido muita atenção, desconhecendo-se as reais consequências do seu envelhecimento, e que pode ser descrito como um “grupo invisível”. Desde logo a escolha dos instrumentos de avaliação destinados a avaliar perturbações emocionais e da personalidade, nesta população, apresenta diversos problemas, porque muito deles são demasiado abstratos ou complexos ou exigem recursos verbais demasiado exigentes para serem eficazes (Panek & Wagner, 1993, p. 325). Assim, existe todo um trabalho de investigação a ser conduzido, de forma a perceber o processo de envelhecimento numa perspetiva de “*life-span*”, destinada a compreender as alterações sentidas, neste processo, pela população portadora de deficiência mental e as suas reais necessidades, por forma a adaptar os apoios necessários.

Existiram grandes aumentos na esperança de vida durante o séc. XX, devido aos avanços na medicina, na saúde pública, nas ciências, educação e tecnologia. Globalmente, enquanto a esperança de vida aumentava nesta população específica, a da população normativa continuava estabilizada. Essa longevidade acrescida e a crescente disponibilização de serviços de apoio levou a um aumento no número da população portadora de deficiência mental nas nações desenvolvidas (World Health Organization, 2000).

Ainda de acordo com Bigby (2002, p. 233), estas necessidades dos idosos portadores de deficiência mental não são muito diferentes das dos outros idosos em geral, e incluem um ambiente adequado, a existência de liberdade para escolher atividades e relações sociais, bem estar social e psicológico e independência física, enquanto consequência do seu bom estado de saúde.

Será impossível desenhar programas dirigidos às pessoas com deficiência e suas famílias sem um conhecimento das características e necessidades diferenciadas desta população específica, em relação à restante população idosa (Muñoz, 2007). Pode-se assim afirmar que as pessoas idosas que também são portadoras de deficiência – numa percentagem crescente da população – apresentam uma dupla penalização. Estão sujeitas ao preconceito e à discriminação, o que usualmente conduz a uma crescente dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e apoio social. Estas pessoas, portadoras de deficiência, muitas vezes, enfrentam preconceitos injustificados, sendo ostracizadas, temidas, escondidas da sociedade, despidas dos seus papéis ou envergonhadas, porque a sociedade os define mais pela sua condição do que pela sua real identidade (Sheets, 2005, p. 38).

Por tratar-se de um fenómeno relativamente recente, a sociedade tem um conhecimento vago sobre o envelhecimento dos portadores de deficiência mental. A imagem desta população é a de uma criança que precisa de educação especial, sendo muito recente a percepção destas pessoas enquanto trabalhadoras. Esta imagem reflete-se no planeamento dos serviços e dos programas sociais e de saúde para deficientes, dirigidos quase exclusivamente à infância, juventude e idade adulta, sem ter em conta as necessidades específicas dos mais idosos (Muñoz, 2007).

Os ganhos na esperança de vida permitem encarar a deficiência como uma crescente experiência de vida na velhice, no entanto, os adultos mais idosos raramente são considerados "deficientes" da mesma maneira que um jovem adulto com semelhante deficiência seria. Acresce que, normalmente os profissionais ligados à área do envelhecimento não possuem grandes conhecimentos acerca das especificidades da deficiência e, em oposição, os especialistas da área da deficiência não sabem muito sobre o processo de envelhecimento (Sheets, 2005, p. 39).

O presente trabalho visa pois o propósito de colher informação relativa ao processo de desenvolvimento/envelhecimento da população portadora de deficiência mental, realizando um estudo de *follow-up*.

O presente estudo encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta a revisão bibliográfica destinada a enquadrar o tema da deficiência mental. No segundo capítulo são descritos os objetivos pretendidos com este estudo. No terceiro capítulo é explicada a metodologia usada, incluindo os instrumentos e a caracterização da população. No quarto capítulo são apresentados os resultados obtidos através da utilização de métodos estatísticos. No quinto capítulo são discutidos os resultados e, por último, no sexto capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações do estudo e apontadas algumas sugestões para futuras linhas de investigação.





## CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 A evolução do conceito de deficiência mental

Existe um grande número de termos para designar, o que em termos nacionais se refere como deficiência mental, com diferente aceitação por parte de diferentes áreas do conhecimento e profissões. Estes termos incluem, deficiência intelectual (*intellectual handicap*), atraso intelectual (*intellectual retardation*), atraso mental (*mental retardation*) e deficiência mental (*mental handicap*). O Sistema Internacional de Classificação de Doenças (ICD-10) usa o termo atraso mental (*mental retardation*), embora exista uma grande reserva na sua utilização por parte de alguns grupos e profissionais (World Health Organization, 2000).

De acordo com Greenspan (1999, p. 6), a Deficiência Mental tem-se constituído como um construto de difícil definição, de forma satisfatória. A representação mais comum da deficiência mental consiste em alguém com uma óbvia e severa condição causada por uma síndrome orgânica ou mal-formação, mas, na maior parte dos casos, os indivíduos são portadores de deficiência moderada ou leve, com ausência de sinais físicos visíveis e sem uma etiologia definida. Os termos inicialmente usados para definir esta condição foram considerados depreciativos e em função da maior abertura e compreensão da sociedade foram sofrendo alterações, no sentido de os dotar de um maior sentido integrador e não diferenciador. Nos países anglo-saxónicos a ênfase tem vindo a ser colocada em termos de deficiência intelectual (*intellectual disability*) abandonando o termo de “atraso mental” (*mental retarded*), suavizando o efeito pejorativo daquela expressão. Em Portugal observa-se um percurso similar, abandonando-se o “atraso mental” que se vê substituído por “portador de deficiência mental”. Como Jacobson e Mulick (1992, citado em Greenspan, 1999, p. 7)

afirmam, as controvérsias na definição de deficiência mental são fortemente influenciadas pela evolução dos modelos de serviço existentes e pelas ideologias e valores que estão subjacentes a estes modelos. Assim, o conceito de deficiência mental tem de ser entendido num determinado contexto social, tendo portanto de ser entendido enquanto um conceito social. Espelha a forma como uma sociedade vive e se organiza perante a forma como compreende a diferença, manifesta as suas atitudes e as respostas sociais que produz. É durante a década de 50 que se assiste ao desenvolvimento de novas teorias sobre a inteligência, que Piaget publica as suas teorias sobre o desenvolvimento e que surge a perspetiva sociológica da deficiência mental que abre a porta a novas formas de a analisar (Barandika, 2002, p. 25). Como referem Pereira e Vieira (2007, p. 47) é frequente encontrar adultos que, apesar de terem sido identificados como deficientes mentais durante o período escolar, após este período conseguem funcionar satisfatoriamente e adequar-se ao seu meio. Ainda de acordo com estes autores os indivíduos são vistos como deficientes mentais quando são incapazes ou têm grandes dificuldades em realizar atividades e assumir responsabilidades sociais.

Bradley (1994, citado em Barandika, 2002, pág. 26) distingue três grandes períodos na evolução do modelo de serviços, a era da institucionalização, até meados dos anos setenta, a era da desinstitucionalização e o desenvolvimento na comunidade, nos anos oitenta, e o terceiro e atual período que emerge com a presença e a participação na comunidade. Esta última, de acordo com Greenspan (1999, p. 8), baseia-se na visão da inexistência de papéis ou atividades nas quais o Deficiente Mental não pode participar e que o seu potencial para o sucesso, naqueles papéis, é maior do que o normalmente esperado. Esta aproximação sugere que:

- a) As categorizações devem-se focar nas potencialidades e não só nas fraquezas;

- b) O diagnóstico poderá ser mais útil para identificar necessidades específicas de apoio;
- c) O conceito de Deficiência Mental é, em última análise, problemático, tendo como consequência a desvalorização e a subestimação do potencial, daquela população.

O conceito de deficiência mental tem sofrido diversas atualizações em virtude quer dos avanços científicos, quer, muito em especial, do contexto social e da abertura da sociedade à deficiência em geral. Ao longo dos tempos os indivíduos portadores de deficiência mental têm sido descritos de diversas formas. Os termos para designar esta população variaram de pejorativos como pateta (*dumb*) e estúpido até palavras que eram usadas originalmente como classificações médicas, como idiota (o diagnóstico para aqueles afetados de forma mais severa) e imbecil (para os casos menos severos). O termo *moron*, inventado pelo psicólogo Henry Goddard, inspirado numa palavra grega que significava tolo (*foolish*), foi bastante usada na primeira metade do sec. XX para designar pessoas que tinham um elevado grau de incapacidade (*high grade defectives*). Estes indivíduos eram caracterizados como não possuindo um grau de retardamento que se tornasse óbvio a um observador casual e que não fossem portadores de danos cerebrais causados por doença ou lesão. Outros termos como “*feeble-minded*”, “*mentally defective*”, “*mentally deficient*” e “*mentally retarded*” têm sido largamente usados, até que o estigma associado a cada um deles se torne inoportuno (Taylor, 1997, p. 4).

Existem muitos mitos e equívocos acerca das pessoas portadoras de deficiência mental e do seu processo de envelhecimento, como confundir-se a deficiência mental com a doença mental, que esta população não atinge idades avançadas, que as deficiências são o resultado de comportamentos errados dos cuidadores, que apenas podem ser cuidados em instituições e

que são incapazes de aprender a executar tarefas do dia a dia, a serem educados ou a trabalhar (World Health Organization, 2000).

Já Bermejo e Verdugo (2001, p. 3) referem, a este propósito, que o desenvolvimento das concepções sobre as pessoas tem o seu paralelismo no desenvolvimento dos termos utilizados para as denominar, ainda que a atenção e o tratamento das pessoas com incapacidade não seja novamente, uma questão de terminologia. No entanto, a terminologia é o reflexo de mudanças nas concepções, nos modos de focar, nas atitudes e na compreensão do problema. Os termos utilizados para identificar as pessoas com deficiência mental foram tomando conotações pejorativas à medida que iam sendo utilizados, e, paralelamente, tentou-se procurar um outro termo menos segregador ou desvalorizador.

Na conceptualização da Deficiência Mental encontra-se presente, em grande destaque, a pontuação obtida em testes cognitivos e traduzidos no Quociente de Inteligência (QI), quase esquecendo as restantes múltiplas dimensões do ser humano. Como refere Greenspan (1999, p. 7), o excesso de confiança na medida do QI, enquanto base para a determinação da intervenção social e individual, tem sido criticado por muitos estudiosos e, recentemente, os esforços para a sua definição têm sido conduzidos pela percepção da necessidade de estabelecer uma correção a esta excessiva identificação com a medida do QI. Ainda de acordo com este autor assistiu-se a uma evolução desta utilização, no sentido de a dotar de um critério duplo destinado a evitar os “falsos positivos”. Assim, o critério de um QI baixo, convencionado como menos um desvio-padrão, mudou, em 1973, para menos dois desvios-padrão, e défices num novo construto a que se chamou comportamento adaptativo, cujo conceito será abordado no capítulo seguinte.

Refere Taylor (1997, p. 5) que enquanto se sucediam as tentativas para desenvolver novas definições de deficiência mental, na primeira metade do século XX, a mais relevante e

que ainda hoje influencia os trabalhos nesta área, é a do psicólogo Edgar Doll, em 1941, que considera seis elementos essenciais:

- a) A incompetência social;
- b) A capacidade mental diminuída;
- c) Que se tenha manifestado durante o desenvolvimento;
- d) Que tenha sido adquirida na maturidade;
- e) Possui origem constitucional (endógena);
- f) É essencialmente incurável.

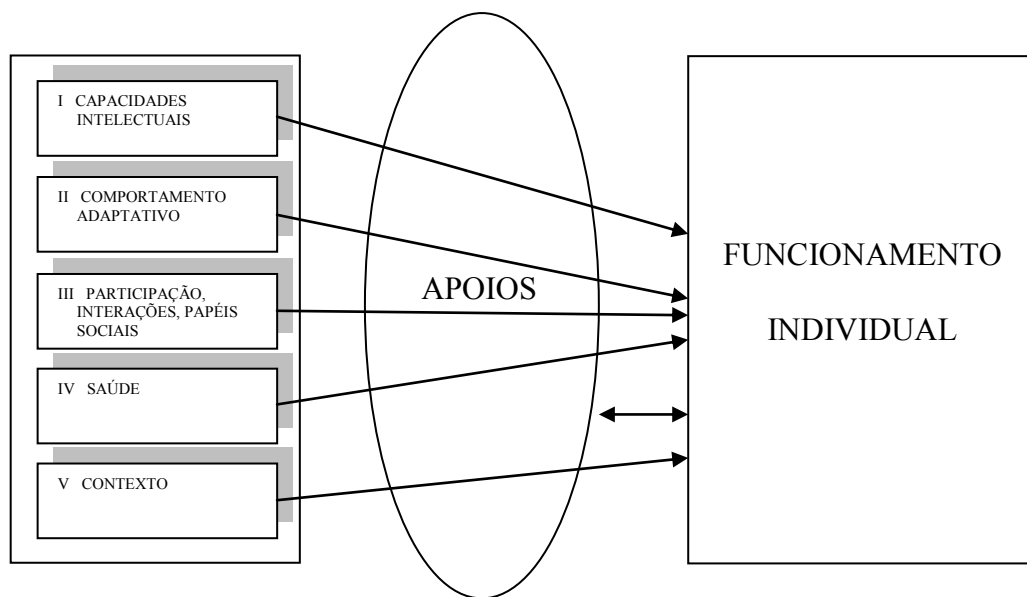
De acordo com Smith (2010, p. 380), os primeiros quatro elementos continuam a ser centrais ao conceito de deficiência mental, no entanto, os dois últimos elementos não são encontrados nas definições mais recentes de deficiência mental. Esta já não é vista como resultando, unicamente, de fatores endógenos. Há muito que se sabe que as variáveis do ambiente são fatores determinantes, por exemplo, a deficiência mental é muito associada com os efeitos da pobreza. Este reconhecimento não é, no entanto, tido em conta em muitas comunidades e contextos escolares onde a “verdadeira” deficiência é ainda considerada como tendo uma origem fisiológica.

Dado que nenhuma, das diversas, definições de deficiência mental tem uma aceitação universal, é geralmente aceite que este termo engloba qualquer conjunto de condições que afetem o desenvolvimento intelectual e que resultem de fatores genéticos, neurológicos, nutricionais, sociais, traumáticos ou outros, que ocorram no pré-parto, no nascimento, ou durante a infância até à idade de atingir a maturidade das funções cognitivas. Estas condições resultam numa diminuição da capacidade, abaixo da média, para a autodeterminação, funcionamento geral independente e desempenho nas funções vocacional, social e pessoal, ao longo da vida (World Health Organization, 2000).

A *American Association on Mental Retardation* assume-se como uma instituição de referência nesta área e tem vindo a atualizar, continuamente, a definição de deficiência mental, cerca de dez vezes, desde 1908. A sua última revisão data de 2002 e pretendeu, basicamente: (1) dotar a deficiência mental de uma perspetiva ecológica, focada nas interações entre as pessoas e o ambiente que as rodeia; (2) caracterizar a deficiência pelas limitações que provoca no funcionamento, em oposição à visão de um traço ou característica permanente; (3) reconhecer a multidimensionalidade da deficiência mental; (4) criar maior proximidade entre a avaliação e o processo de intervenção; e (5) reconhecer que o diagnóstico de deficiência mental requer uma boa avaliação clínica integrada com outras fontes de avaliação disponíveis (Schalock & Luckasson, 2004, p. 139). Assim e ainda de acordo com os mesmos autores, a deficiência mental passou a ser definida da seguinte forma:

É uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual da pessoa e no seu comportamento adaptativo, expressas em aptidões de adaptação prática, social e conceptual e que devem manifestar-se antes dos 18 anos de idade.

As dimensões presentes no modelo acima, são muito semelhantes às apresentadas no modelo de 1992. Este incluía quatro dimensões, o funcionamento intelectual e a capacidade de adaptação, fatores psicológicos e emocionais, fatores físicos e de saúde e fatores do ambiente. No modelo de 2002, na figura 1, é adicionada um quinto fator para se obter coerência com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Edwards & Luckasson, 2002, p. 26).



**Figura 1** - Modelo da deficiência mental

Este modelo contém os três elementos-chave para a compreensão da deficiência mental e do seu funcionamento individual: a pessoa, o ambiente e os apoios, observado a partir de uma perspectiva ecológica e realçando a multidimensionalidade da deficiência mental (Edwards & Luckasson, 2002, p. 27). Nesta nova perspectiva ecológica estão três recomendações, presentes no sistema definido em 2002: as limitações no funcionamento do indivíduo devem ser consideradas no contexto de vida típico da sua categoria etária e cultural; no indivíduo coexistem limitações mas também potencialidades e, com a presença de pessoal de apoio especializado, a vida do portador de deficiência mental melhorará (Schalock & Luckasson, 2004, p. 139).

De acordo com esta nova definição, ressalta uma ênfase acrescida do conceito multidimensional da conduta do DM, colocando uma atenção acrescida nas necessidades de apoio do indivíduo. Este novo conceito requer que a compreensão descritiva de um deficiente mental inclua:

- a) A existência de atraso mental

- b) A análise da participação, interação e papéis sociais da pessoa nos ambientes normais de vida, escola, trabalho ou comunitários que facilitem ou restrinjam fatores de bem-estar social;
- c) A análise do estado de saúde da pessoa, incluindo saúde física, saúde mental e fatores etiológicos relevantes;
- d) Os ambientes e sistemas de apoio que facilitem a independência da pessoa, relações, contribuições, participação escolar e comunitária e bem-estar pessoal;
- e) Um perfil de apoios necessário, baseado nos fatores anteriores.

Assim, a deficiência mental já não é considerada como um traço absoluto e invariável, de uma pessoa, mas antes, como uma interação dinâmica entre a pessoa e o seu contexto. Tal, leva à necessidade de identificar estratégias de apoio e serviços que possam elevar o funcionamento do indivíduo; garantir o acesso a esses apoios e estimular no indivíduo um crescente sentido de identidade (Meservy, 2008, p.7).

### *1.2 A inteligência e o comportamento adaptativo*

Na análise da deficiência mental encontramos duas dimensões fundamentais, a inteligência e o comportamento adaptativo. Importa definir operacionalmente estes termos para a obtenção de uma coerência de conceitos. De acordo com Edwards e Luckasson (2002, p. 31) a inteligência, enquanto construto, pode ser definida como uma capacidade mental geral. Inclui competências, tais como, o raciocínio, a planificação, a solução de problemas, o pensamento abstrato, a compreensão de ideias complexas, a rapidez de aprendizagem e a capacidade de aprender com a experiência. As suas limitações deverão ser consideradas tendo em conta as restantes dimensões, a conduta adaptativa; a participação, as interações e os



papéis sociais, a saúde e o contexto. A avaliação do Quociente de Inteligência (QI), através de instrumentos adequados, tem sido aceite enquanto o método mais representativo para a determinação do funcionamento intelectual. Normalmente aceita-se o critério de dois desvios padrões, da média, para o diagnóstico de deficiência mental.

Os primeiros conceitos de comportamento adaptativo datam de 1800 e reforçavam as competências sociais e a adequação social. Era colocada ênfase nas normas da comunidade, assim como na capacidade individual de se ajustar ao ambiente. O comportamento adaptativo existia como função da competência social do indivíduo, assim como características da comunidade, como culturais, estrutura sócio-económica e outros fatores (Boan & Harrison, 1997, p. 33). De acordo com Edwards e Luckasson (2002, p. 31) o comportamento adaptativo é o conjunto de competências conceptuais, sociais e práticas, aprendidas pelas pessoas e que lhes permitem funcionar na sua vida diária. As suas limitações afetam tanto a vida diária como a capacidade de responder a alterações na vida e exigências do contexto e devem ser consideradas com as restantes quatro dimensões, o QI, a participação, as interações e os papéis sociais, a saúde e o contexto. A sua avaliação é feita através de instrumentos aferidos para a população em geral, incluindo aquela portadora de DM. Considera-se uma limitação significativa quando o desempenho, neste fator, tem dois desvios padrões da média em: (a) um dos três tipos de conduta adaptativa, a conceptual, a social ou a prática ou (b) na pontuação geral obtida nas competências conceptuais, sociais e práticas.

Ao contrário dos testes de avaliação do QI, que são administrados diretamente, as escalas de avaliação do comportamento adaptativo são, tipicamente, preenchidas por psicólogos e baseadas nas entrevistas mantidas com os cuidadores.

Outro sistema de classificação, muito usado por psicólogos e médicos, o deficiente mental leve, moderado, severo ou profundo, tem sido usado para classificar as pessoas, de acordo com o seu desempenho em testes de inteligência. No entanto, a definição dos níveis

de gravidade da deficiência mental, baseada nas pontuações obtidas em testes, foram abandonadas, desde 1992, por diversas razões: (a) a deficiência mental baseia-se na limitação do QI e da conduta adaptativa, enquanto que o seu nível de gravidade baseava-se exclusivamente no QI; (b) as pontuações obtidas, nos testes de QI, nos extremos das escalas são menos fiáveis que as que rondam o valor médio; (c) a deficiência mental ligeira é um rótulo que coloca um indivíduo numa posição de desvantagem considerável; (d) a subclassificação dos níveis de gravidade foi demasiado valorizada, influenciando a perceção dos técnicos para o colocar em programas de educação especial ou de serviços específicos (Edwards & Luckasson, 2002, p. 43).

A inclusão das limitações aferidas no comportamento adaptativo como critério para o diagnóstico de DM teve como objetivo proporcionar uma melhor avaliação das capacidades sociais, permitindo reduzir a ênfase nas pontuações de QI, obtidas nos testes, e de diminuir o número de falsos positivos, isto é, pessoas erradamente diagnosticadas como DM. Nesta medida, o comportamento adaptativo é um conceito muito importante, no entanto, de difícil conceptualização. Têm existido inúmeros debates sobre a precisão desta medida e se deve ser usada no diagnóstico de DM, embora o QI seja tido como o fator determinante. Esta posição é visível nas palavras de Greenspan (1997, citado por Edwards & Luckasson, 2002, p. 41):

As pontuações na conduta adaptativa podem usar-se para argumentar que alguém com uma pontuação de QI abaixo dos 70 não é deficiente mental, no entanto, não pode ser usado como argumento para o diagnóstico de DM quando a pontuação de QI ultrapassa os 70.

Ainda de acordo com Greenspan (1999, p. 14), o comportamento adaptativo revela-se problemático porque quando foi inventado pela AAMR em resposta à necessidade de utilizar o duplo critério na definição de DM, não existia qualquer experiência quer no seu significado, quer na forma como seria medido.

### *1.3 A comorbilidade na deficiência mental*

De acordo com Heward e Orlansky (1984, citado por Pereira & Vieira, 2007, p. 48), a comorbilidade coloca grandes obstáculos ao diagnóstico, uma vez que poderá causar duas situações: (a) pessoas que são portadoras de deficiência mental profunda, embora apresentem outros défices associados e (b) pessoas que possuem um comportamento adaptativo similar ao expectável de uma pessoa com deficiência mental profunda, mas cuja causa é a deficiência ou deficiências associadas e não a deficiência mental.

As perturbações mentais em idosos portadores de deficiência mental poderão ter um efeito negativo considerável no funcionamento cognitivo, afetivo e geral, com importantes reflexos na qualidade de vida. Assim, é importante a deteção e o tratamento destas perturbações, como a depressão. No entanto, se o diagnóstico é mais difícil em pessoas idosas, em geral, devido à elevada comorbilidade, o uso de múltiplos fármacos e a reduzida tendência para verbalizar queixas do foro psicológico, em comparação com queixas físicas, nesta população este problema é ampliado (Davidson, Janicki, & Thorpe, 2000, p. 220).

Os portadores de deficiência mental têm maiores probabilidades de sofrer diversos problemas de saúde, do que a restante população. O risco de virem a apresentar problemas físicos ou psicológicos aumentam em virtude da qualidade da sua experiência de vida e, da mesma forma, pode reduzir-se se forem seguidos hábitos saudáveis de vida. De uma forma geral, os problemas físicos não são muito diferentes dos sentidos pelos idosos da população em geral, destacando-se os problemas ortopédicos, respiratórios e do ouvido médio. Entre as perturbações mentais sentidas, por esta população, destacam-se as demências e a depressão, embora esta última seja menos frequente entre os idosos com deficiência mental. Importa ter em conta que existem problemas de saúde que se encontram associados a determinadas

síndromes ou consequência das lesões cerebrais que originaram a deficiência mental (Muñoz, 2007).

De acordo com Muñoz (2007), o processo de envelhecimento nos portadores do síndrome de Down é um dos mais estudados. Caracteriza-se por um envelhecimento prematuro e uma esperança de vida entre 10 e 20 anos inferior ao resto da população com DM. A doença de Alzheimer surge como consequência deste envelhecimento prematuro, embora exista uma grande variabilidade individual e nem todos desenvolvam esta patologia. Também os portadores de paralisia cerebral têm uma esperança média de vida inferior ao resto da população, tal devendo-se aos problemas primários e secundários desta doença, assim como às deficiências que traz associadas. Existe alguma confusão entre os conceitos de deficiência mental e doença mental, como se o portador de deficiência mental não pudesse ter perturbações psicológicas. No entanto, na realidade, tratam-se de dimensões diferentes do comportamento da pessoa. Nesta população pode ocorrer o que se denomina por diagnóstico eclipsado, como referido por Verdugo e Bermejo (2001, p. 142), em que a deficiência mental foi estudada a partir de uma perspectiva psicopatológica, assumindo que as perturbações psicológicas eram um aspeto do comportamento das pessoas com incapacidades, tal significando que a deficiência mental constitui uma característica tão saliente, que as perturbações emocionais que o acompanham não são cuidadas ou são atribuídas às limitações intelectuais. Diagnosticar exclusivamente esta condição poderá obscurecer outros diagnósticos que podem aparecer associados. Na mesma linha Ibáñez (2002, p. 26) refere que algumas reações que são representativas de alterações ao nível emocional, como as estereotipias e a automutilação, têm sido consideradas como comportamentos típicos de portadores de deficiência mental. A este equívoco chama-se pois “diagnóstico eclipsado”, baseia-se no pressuposto de que o défice intelectual é uma característica tão marcante da deficiência mental, que todos os transtornos emocionais são ignorados ou atribuídos a essa

condição. Existe um eclipsar de outros possíveis diagnósticos, quando o diagnóstico múltiplo é frequente.

No mesmo sentido existem alguns estudos que abordam a comorbilidade no portador de deficiência mental, como o desenvolvido na Suécia por Nettelbladt, Goth, Bogren, e Mattison (2009), em que recorrendo a um estudo de coorte prospetivo, que decorreu ente 1947 e 1997, concluiu pela existência de alterações do humor com incidência na depressão, desordens de ansiedade, esquizofrenia e outras desordens psicóticas, naquela amostra. Assim, o portador de deficiência mental corre um risco acrescido de desenvolver perturbações mentais que parecem ser mais comuns na deficiência leve do que na moderada, o que poderá estar relacionado com a existência de uma maior consciência dos seus défices e das consequências sociais dos mesmos (Nettelbladt, Goth, Bogren, & Mattison, 2009, p. 320).

As psicopatologias mais comuns, nesta população, são semelhantes às da restante população geral, com a demência e depressão como as mais frequentes. Os comportamentos não verbais, tais como a lentificação psicomotora e sintomas biológicos de depressão, possuem grande importância quando a pessoa não tem capacidade de verbalizar e comunicar adequadamente (Davidson, Prasher, & Janicki, 2003, p. 55).

O comportamento agressivo é uma característica que normalmente se associa a esta população, mais um dos estigmas que têm de enfrentar. Segundo Panek, Wagner e Suen (1979, p. 376), um dos maiores problemas no ambiente duma instituição residencial é a violência dirigida aos funcionários, aos bens e aos outros residentes. Esta constatação é reforçada por Cooper et al. (2009, p. 218) que refere que a agressividade pode ser muito incapacitante, dificultando a integração e a participação do portador de deficiência mental na sua comunidade e no acesso aos serviços de apoio, potenciando a sua exclusão e consequentemente a sua autoestima, tendo ainda consequências para a sua família e para os cuidadores profissionais, que incluem agressões físicas e aumento da tensão na relação. No

estudo desenvolvido por estes investigadores foi encontrada uma associação positiva entre os comportamentos agressivos, a menor capacidade do deficiente mental e o ser cuidado por profissionais (Cooper, et al., 2009, p. 229). Tal, vem reforçar a importância da sua inclusão no seu ambiente familiar e na sua comunidade.

#### *1.4 O processo de envelhecimento no deficiente mental*

O ciclo de vida do portador de deficiência mental apresenta um paradoxo muito próprio, estes têm uma idade intelectual, cultural e social muito baixa, comparada com a sua idade cronológica, no entanto, o seu processo de envelhecimento revela-se mais cedo quando comparado com a restante população. Muitos, com 45 anos, apresentam já um processo de envelhecimento que a maioria da população só atinge pelos 65/70 anos. Nesta fase, a maior ameaça coloca-se em termos de dependência, ao invés da fase adulta em que a ênfase é colocada na sua independência. A população de deficientes mentais é heterógenea e, conseqüentemente, as suas necessidades de apoio e a intensidade das mesmas são variáveis e requerem adaptações ao indivíduo. As alterações de carácter psicológico são o resultado da interação de influências físicas, emocionais e sociais (Ibáñez, 2002, p. 23). Também dado o aumento da longevidade, os portadores de deficiência mental apresentam as mesmas doenças crónicas (cardiovasculares, cancro, diabetes, etc.) que a restante população (Fisher & Kettl, 2005, p. 26).

Os idosos portadores de deficiência mental são suscetíveis de enfrentar grandes transições nas suas vidas à medida que eles e as suas famílias envelhecem. Para aqueles que vivem com as suas famílias, a morte ou doença dos seus cuidadores ou as alterações normais provocadas pelo envelhecimento, no deficiente mental poderá obrigar a uma mudança do ambiente em que está inserido. Quando estas pessoas são recolocadas, o aumento da

morbilidade e da mortalidade tornam-se preocupantes. Este fenómeno denominado trauma da transferência (*transfer trauma*) tem sido observado em instituições destinadas a acolher esta população (Hogg, Lucchino, Wang & Janicki, 2000).

O declínio físico e funcional na velhice requerem uma cuidadosa avaliação. Um declínio na funcionalidade do indivíduo não deve ser prontamente atribuído a problemas comportamentais ou a patologias como a demência. A avaliação compreensiva de idosos portadores de deficiência mental que evidenciam estas alterações, frequentemente apresentam altas taxas de condições concorrentes tratáveis. Alguns exemplos incluem perturbações afetivas, deficiências sensoriais, delírios e outras condições médicas de difícil diagnóstico médico anterior. As dificuldades na comunicação, nesta população, poderão criar barreiras para uma avaliação cuidada ou para um adequado suporte dos serviços competentes (World Health Organization, 2000).

O envelhecimento e a demência em portadores de deficiência mental tem profundas implicações na definição das futuras políticas dos serviços de apoio, que começaram recentemente a acordar para esta realidade crescente (Elizabeth, McCarron, Connnaire & McCallion, 2009, p. 267). Estes estão integrados numa grande variedade de contextos, incluindo a sua família, vivendo sózinhos, ou em residências de acolhimento e instituições, entre outras. Existe, assim, a necessidade de responder a estas solicitações, sendo necessário assumir que existam indivíduos que necessitem de apoio e que não estão ainda identificados pelos serviços competentes (Wilkinson & Janicki, 2002, p. 281). Importa esclarecer que a demência é um síndrome devido a doença cerebral, usualmente de natureza crónica ou progressiva, na qual se manifestam distúrbios de múltiplas funções corticais, incluindo da memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento (Hoekman & Maaskant, 2002, p. 297).

Em alguns países tem sido estudada a questão, se os deficientes mentais idosos, que desenvolvem demência, deverão ser acolhidos por serviços vocacionados para idosos ou por instituições para a deficiência mental, existindo argumentos para cada uma destas posições (McCarron & Lawlor, 2003, p. 414). Ainda de acordo com estes autores, por diversas razões o diagnóstico de demência, em deficientes mentais, é muitas vezes feito num estado já muito avançado de deterioração mental. Desde logo porque existe, por parte dos cuidadores formais e informais, uma falta de sensibilidade para avaliar o declínio das funções cognitivas e funcionais nesta população. Este declínio é atribuído frequentemente ao processo de envelhecimento. Mas também porque este diagnóstico é difícil de obter dado os fracos recursos cognitivos e a impossibilidade de avaliar esta população com os testes usados para a população em geral.

Como referido por Day e Jancar (1994, citado em Davidson, Janicki, & Thorpe, 2000, p. 220) os fatores sociais, culturais, ambientais e de desenvolvimento e de stress têm um impacto significativo na expressão, tanto de perturbações psiquiátricas como de comportamento, nos idosos portadores de deficiência mental. Esta população, em geral, desempenha poucos papéis sociais e possui redes sociais limitadas e, assim, tem poucas possibilidades de experimentar e aprender com os acontecimentos de vida em geral. Como exemplo, a aceitação da morte, que é uma parte do processo de envelhecimento, é dificultada pela ausência de exposição aos rituais, como os funerais, numa tentativa de poupar a pessoa a estes eventos desagradáveis. Estes elementos indutores de stress são múltiplos e incluem a separação ou a morte de um familiar, a solidão e a mudança de residência (Davidson, Janicki, & Thorpe, 2001, p. 220).

Analisando os problemas de saúde mais comuns nesta população, os portadores da síndrome de Down terão uma maior incidência de Alzheimer, cataratas e alterações da tiroide, no decurso do seu processo de envelhecimento. As pessoas com paralisia cerebral,



devido às suas lesões motoras, desenvolvidas no nascimento ou na primeira infância, serão suscetíveis a sofrer alterações ósseas, articulares e musculares, tendendo a agravar com o passar dos anos. Como consequência da sua imobilidade total ou parcial e das patologias graves de coluna, a atividade respiratória e nutricional poderão ser problemáticas, daí considerar-se esta população como de risco. Os portadores de deficiência mental ligeira, sem outras patologias associadas, terão um processo de envelhecimento semelhante ao da restante população e a sua esperança de vida deverá ser semelhante a todos os indivíduos com antecedentes socioeconômicos e culturais similares. Há, no entanto, que destacar a grande incidência, com o passar dos anos, de problemas de comportamento como a hiperatividade e a agressividade; sendo menor a sua tolerância à frustração, as dificuldades de adaptação ao trabalho, família e à sociedade são mais frequentes que na população em geral (Ibáñez, 2002, p. 29).

Com a contínua extensão de vida torna-se imprescindível prevenir dificuldades evitáveis, manter o nível das capacidades funcionais e promover a independência nesta população, através da aposta nos serviços da comunidade, focados nos idosos com deficiência mental (Long & Kavarian, 2008, p. 2).

O incremento da esperança de vida das pessoas com deficiência, que tem ocorrido nos países desenvolvidos, resulta do envelhecimento da população em geral, mas não só. Um melhor conhecimento das causas e características das doenças e deficiências tem permitido prevenir e tratar diversas patologias, que até muito recentemente eram mortais, de forma muito precoce. No entanto, é nestas pessoas que se observam, provavelmente de forma mais clara, as repercussões sócio-sanitárias do aumento da esperança de vida e que, para assinalar somente dois, se pode falar de uma incidência de algumas demências ou a dependência dos seus pais, uma geração ainda mais idosa, situação que os pode levar a depender de quem também sofreu uma perda importante da sua autonomia (Muñoz, 2007).

De acordo com Heller, Factor, Sterns e Sutton (1996, citado por Lifshitz, 2002, p. 746), com o envelhecimento, os adultos e idosos portadores de deficiência mental enfrentam os mesmos problemas da restante população, como a progressiva deterioração da sua saúde, doenças e sintomas típicos desse processo, o envelhecimento e morte dos seus cuidadores e a reforma. Estes acontecimentos são geradores de sentimentos de ansiedade, medo, abandono e depressão. Quando estes adultos vivem com as suas famílias, a morte ou a doença destes ou mesmo os seus crescentes problemas de saúde poderão provocar a necessidade de mudança do seu ambiente habitual.

De acordo com Muñoz (2007), a velhice, normalmente, situa-se por volta dos 60-65 anos, o que coincide com uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais, sendo que nos portadores de deficiência mental existe um envelhecimento mais prematuro. Os investigadores elegem os 45 ou 50 anos como o ponto de inflexão para estudar as características, associadas com o envelhecimento nesta população, dado que a partir deste momento começa a revelar-se uma diminuição das suas capacidades e aptidões, o que leva à necessidade de maiores cuidados e modificações no estilo de vida. Se isto é verdadeiro para os afetados pela Síndrome de Down ou para deficientes mentais profundos, não é tão claro para aqueles com deficiência moderada ou leve, sem outras patologias associadas, cujo declive não se deverá produzir até aos 60-70 anos de idade (Muñoz, 2007). Segundo esta autora a regra é que quanto mais profunda a deficiência e os problemas associados mais cedo se manifestarão os sinais de envelhecimento.

De acordo com um estudo conduzido em Israel por Lifshitz (2002, p. 756), os portadores de deficiência mental moderada têm dificuldade em conceptualizar o envelhecimento. Caracterizam-se pelos traços típicos do estágio pré-operativo de Piaget, que inclui egocentrismo, irreversibilidade e perceção unidimensional, revelam-se incapazes de

relacionar as múltiplas facetas do envelhecimento e tendem a julgar o idoso pela sua aparência.

Existem muitos episódios, ao longo da vida, que influenciam o nosso desenvolvimento e, mais ainda, quando se trata de um portador de deficiência mental, em que o envelhecimento ocorre de forma precoce, tornando-se fundamental fazer avaliações periódicas para se determinar em que medida este processo afeta as capacidades do indivíduo (Millán-Calenti, Seijas, Marate, Maseda, Quintana, & Meleiro, 2006, p. 58).

Com a contínua extensão de vida torna-se pois imprescindível prevenir dificuldades evitáveis, manter o nível das capacidades funcionais e promover a independência nesta população, através da aposta no serviços da comunidade, focados nos idosos com deficiência mental (Long & Kavarian, 2008, p. 2). Este trabalho insere-se nesta linha. Só conhecendo a existência e a amplitude da degradação das capacidades cognitivas desta população, se poderão desenhar programas de apoio e recursos aptos a satisfazer as suas necessidades específicas.



## CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

Este estudo tem como principal objetivo investigar o processo de envelhecimento em portadores de deficiência mental, decorridos 8 anos de uma avaliação anterior.

Pretende-se averiguar se, neste espaço de tempo, ocorreu uma diminuição das capacidades cognitivas e alterações na personalidade, dando particular relevância a comportamentos de “*acting-out*” e do foro agressivo, bem como ao surgimento de indícios de demência.

Como instrumentos de avaliação, das áreas referidas, foram aplicados as Matrizes Progressivas de *Raven* (Raven, Court, & Raven, Standard progressive matrices, 1996), o Teste da Mão (Wagner, 1983) e o *Mini-Mental State Examination* (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), à semelhança do efetuado há cerca de oito anos atrás.



## CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

### 3.1 Instrumentos

#### Matrizes Progressivas de Raven (PM38)

A PM38 insere-se na categoria de testes destinados a medir a inteligência geral. Em 1904, Spearman identificou o *fator g*, que definiu como uma capacidade geral necessária ao sucesso nos testes. Este tipo de testes permite distinguir entre as aptidões inatas do indivíduo e os fatores condicionados pela aprendizagem específica. O teste é composto por cinco conjuntos de matrizes, em cada uma destas falta uma parte, que tem de ser escolhida num conjunto de opções apresentadas. Existem, no total, 60 problemas divididos pelos cinco conjuntos, cada um deles composto por 12 figuras. Os problemas vão apresentando uma dificuldade crescente, destinando-se a fornecer uma estimativa robusta da capacidade de pensar claramente, ao ritmo individual, do princípio ao fim, sem interrupções (Raven, Court, & Raven, Standard progressive matrices, 1996).

Este teste tem uma larga aplicação na área da Psicologia Clínica, bem como noutras áreas, e tem sido objeto de estudo e de investigação em Portugal.

#### Teste da Mão (*Hand-test*)

O Teste da Mão é um teste projetivo que utiliza desenhos de mãos em posições ambíguas, baseado na assunção de que a tendência para a ação prototípica de um sujeito será projetada de acordo com o estímulo percebido (Hoover, 1978, p. 130). É, assim, uma técnica de diagnóstico que usa as mãos como um meio projetivo. Desde a sua criação, tem sido

referido como um instrumento que mede tendências de ação prototípicas, reações que estão próximas da superfície e aptas a ser expressas no comportamento agido. Por outras palavras, o teste, usualmente, revela tendências de ação que estão próximas do sistema motor e, como tal, rapidamente expressas em comportamentos. Como tal, revela o indivíduo como ele é no presente e não como era, ou poderia ser.

Consiste num conjunto de 10 cartões, 9 deles contendo um desenho de uma mão, em diversas posições; note-se que alguns desses desenhos estão intencionalmente distorcidos e o último cartão está em branco. Os cartões são apresentados, um de cada vez, e o sujeito deverá dizer (projetar) o que a mão está a fazer. Para o cartão em branco deverá imaginar uma mão e o que ela está a fazer. As respostas são registadas num impresso próprio, assim como o tempo inicial de resposta e outros comportamentos relevantes. Este teste contém categorias de pontuação quantitativas e qualitativas. Existem quatro categorias quantitativas (*Interpersonal*, *Environmental*, *Maladjustive* e *Withdrawal*). As duas primeiras categorias derivam do facto, dos indivíduos interagirem com outros indivíduos e com objetos. A categoria *Maladjustive* representa a incapacidade de realizar as tendências típicas de ação, devido a fraquezas internas, ou a algum aspeto proibitivo ou antagonista do ambiente interpessoal ou impessoal. A categoria *Withdrawal* representa a incapacidade do sujeito para projetar uma ação apropriada, constituindo uma reação com carácter patológico aos problemas percebidos.

Cada uma destas categorias é dividida em parâmetros mais específicos, num total de 15 (*Affection*, *Dependence*, *Communication*, *Exhibition*, *Direction*, *Aggression*; *Acquisition*, *Active*, *Passive*; *Tension*, *Crippled*, *Fear*; *Description*, *Bizarre* e *Failure*). Na categoria qualitativa existem 17 subcategorias de avaliação (*Ambivalent*, *Automatic Phrase*, *Cylindrical*, *Denial*, *Emotion*, *Gross*, *Hiding*, *Immature*, *Impotent*, *Inanimate*, *Movement*, *Oral*, *Perplexity*, *Sensual*, *Sexual*, *Original* e *Repetition*). Respostas cotáveis na categoria qualitativa são menos comuns nos protocolos de indivíduos ditos normais.



Os parâmetros gerais da avaliação com o *Hand-test* são os seguintes (a) R – o total de respostas dadas, que representa a reatividade psicológica a estímulos externos. Em geral um maior número de respostas é melhor que um baixo número, já que indica um maior potencial de ajustamento; (b) ER – o rácio de experiência é uma estimativa global da natureza e da disposição da energia psicológica. Deverá ser interpretado, tendo em conta a história de vida e o contexto do sujeito; (c) AOR – o rácio de *acting-out* é definido como a proporção entre as respostas socialmente desejáveis e as respostas socialmente menos desejáveis na categoria *Interpersonal*. Este parâmetro tem sido usado para a predição de comportamentos agressivos. No entanto, em investigação, usa-se o parametro AOS obtido pela subtração do AFF + DEP + COM, menos DIR + AGG, mantendo-se o sinal da operação algébrica como indicativo da presença de comportamentos hostis ou antisociais, quando a diferença é negativa; (d) PATH – este valor corresponde a uma estimativa do grau de psicopatologia do sujeito; (e) AIRT – é uma estimativa global do tempo médio para organizar e verbalizar uma perceção; (f) H-L – este valor indica o diferencial máximo de tempo na resposta aos 10 cartões (Wagner, 1983).

Este teste tem tido uma divulgação muito limitada em Portugal, tendo sido, no entanto, usado num estudo efetuado com uma amostra de adultos mais velhos (Duarte-Silva & Pires, 2006).

### Mini-Mental State Exam (MMSE)

O MMSE é dos testes mais usados no rastreio do défice cognitivo, assim como, na avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e de investigação (Morgado, Cláudia, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009, p. 10). Neste trabalho, foi usada a versão portuguesa, adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994). Este teste apresenta 30 questões, divididas em 6 funções cognitivas, a Orientação Temporal e

Espacial, a Atenção, o Cálculo, a Evocação, a Linguagem, a Escrita Espontânea e a Habilidade Construtiva.

### *3.2 Procedimento*

A amostra de conveniência é composta por utentes de uma Instituição para portadores de deficiência mental, localizada em Lisboa. Estes sujeitos já tinham participado no estudo de 2004, ao qual este trabalho pretende dar continuidade. Os testes foram aplicados com o consentimento informado, quer da Instituição, quer dos sujeitos. Em alguns casos em que a comunicação se adivinhava mais difícil, em função do grau de deficiência mais acentuado, foi obtida a colaboração do psicólogo da Instituição. A aplicação dos três testes decorreu de forma individual, numa sala destinada ao efeito, com boas condições de luz e conforto. Foram respeitadas as instruções de aplicação, tendo esta decorrido na seguinte ordem: o MMSE, as Matrizes Progressivas de Raven e, por último, o Teste da Mão.

### *3.3 Caracterização da amostra*

A amostra inicial, em 2004, era constituída por 34 sujeitos, no entanto, dado o falecimento de um utente do sexo feminino e o abandono da Instituição por parte de outro utente, do sexo masculino, a amostra ficou reduzida a 32 participantes, com idades compreendidas entre os 35 e os 56 anos. A média de idades é de 44.18, com um desvio-padrão de 5.98. A escolaridade indicada foi adquirida no quadro da educação especial, não espelhando, em muitos casos, os conhecimentos expectáveis para o respetivo nível de escolaridade. Na Tabela 1 apresentam-se as características sócio-demográficas da amostra.

**Tabela 1**

Características sócio-demográficas da amostra

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Gênero	Feminino	13	40.6
	Masculino	19	59.4
Idades	30 – 35	1	3.1
	35 – 40	10	31.3
	40 – 45	8	25
	45 – 50	7	21.9
	50 – 55	5	15.6
	55 – 60	1	3.1
	S/escolaridade	12	37.5
Escolaridade	4ª Classe	16	50
	6ª Classe	2	6.3
	7ª Classe	1	3.1
	9º Ano	1	3.1



## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

O programa usado para a análise estatística foi o STATISTICA versão 10, cujos resultados serão apresentados para cada uma das variáveis consideradas relevantes. Dada a dimensão da amostra e, particularmente, pelo facto da maioria das variáveis não apresentar uma distribuição normal, foram usados, preferencialmente, testes não-paramétricos. Na comparação entre os resultados obtidos nas duas avaliações (realizadas em 2004 e em 2012) foi aplicado o teste de *Wilcoxon*.

Por uma questão de simplificação da apresentação de resultados, apenas se apresentam tabelas da estatística descritiva e as das análises em que se verificou uma diferença de resultados com significância estatística ( $p < .05$ ).

Na Tabela 2 e na Tabela 3 apresenta-se a estatística descritiva, relativamente à primeira e segunda avaliação do MMSE. Note-se como os resultados obtidos são muito similares nas duas avaliações, com exceção para os observados na Evocação e no Total MM.

**Tabela 2**

Estatística descritiva das variáveis do MMSE (1ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Orientação Temporal	4	5	0	5
Orientação Espacial	5	5	1	5
Retenção	3	3	0	3
Atenção/cálculo	1	0	0	5
Evocação	0	0	0	3
Nomeação	2	2	0	2
Compreensão	3	3	2	3
Leitura	1	1	1	1
Escrita	1	1	0	1
Desenho	0	0	0	1
Total MM	22	MULTI	6	30

**Tabela 3**

Estatística descritiva das variáveis do MMSE (2ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Orientação Temporal	5	5	0	5
Orientação Espacial	4	5	0	5
Retenção	3	3	0	3
Atenção/cálculo	3	0	0	5
Evocação	3	3	0	3
Nomeação	2	2	2	2
Compreensão	3	3	1	3
Leitura	1	1	1	1
Escrita	0	0	0	1
Desenho	0	0	0	1
Total MM	25	28	9	30

Na Tabela 4 apresentam-se os valores dos parâmetros com significância estatística. Os resultados obtidos na Evocação, na 2ª Avaliação, foram superiores (Mdn = 3) à da 1ª Avaliação (Mdn = 0),  $T = 7, p < .05$ . A mesma situação verificou-se para o Total MM, com uma pontuação superior na 2ª Avaliação (Mdn = 25) relativamente à 1ª Avaliação (Mdn = 22),  $T = 46.5, p < .05$ .

**Tabela 4**

Resultados do MMSE (teste de Wilcoxon)

	N	T	Z	p-value
Evocação	23	7	3.98	.000068
Total MM	27	46.5	3.42	.000618

Na Tabela 5 e na Tabela 6 são apresentados os valores relativos à estatística descritiva da aplicação das Matrizes Progressivas de Raven. Da sua análise ressalta a semelhança das

pontuações obtidas e, de facto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas diversas variáveis analisadas.

**Tabela 5**

Estatística descritiva das variáveis das Matrizes de Raven (1ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Série A	7	7	2	12
Série B	3	3	1	10
Série C	2	2	0	7
Série D	1	1	0	6
Série E	1	0	0	6
Total RAVEN	14	11	8	30

**Tabela 6**

Estatística descritiva das variáveis das Matrizes de Raven (2ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Série A	8	8	1	12
Série B	3	2	0	9
Série C	2	MULTI	0	7
Série D	2	1	0	8
Série E	1	0	0	3
Total RAVEN	14	14	4	32

A Tabela 7 e a Tabela 8 apresentam, respetivamente, a estatística descritiva relativa à 1ª Avaliação e à 2ª Avaliação com o *Hand-Test*. Destacam-se, como mais relevantes, os resultados dos parâmetros relacionados com o tempo dispendido na execução da prova (H-L e o AIRT) que aumentaram na 2ª Avaliação. A dimensão *Interpersonal* sofreu um aumento e, em sentido inverso, a dimensão *Pathological* diminuiu de valor. O *Acting-out Score* (AOS)

revela um aumento do número de respostas socialmente menos desejáveis, com valores muito elevados em alguns indivíduos (mínimo de – 11).

**Tabela 7**

Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test (1ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
<i>Interpersonal</i>	2	0	0	10
<i>Environmental</i>	4	MULTI	0	12
<i>Maladjustive</i>	0	0	0	3
<i>Withdrawal</i>	4	0	0	10
<i>High minus Low</i>	4	MULTI	0	70
<i>Average initial response time</i>	3.12	1.2	1	22.1
<i>Pathological</i>	8	8	0	20
<i>Acting-out</i>	1	0	- 2	6
<i>Repetition</i>	1	0	0	9

**Tabela 8**

Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test (2ª Avaliação)

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
<i>Interpersonal</i>	4	0	0	13
<i>Environmental</i>	4	MULTI	0	12
<i>Maladjustive</i>	0	0	0	11
<i>Withdrawal</i>	2	0	0	15
<i>High minus Low</i>	26	MULTI	4	95
<i>Average initial response time</i>	8.6	8.6	2.3	39
<i>Pathological</i>	4	2	0	30
<i>Acting-out</i>	0	0	- 11	2
<i>Repetition</i>	0	0	0	22



Na Tabela 9 constam os dados com significância estatística ou tendencialmente significativos relativos à aplicação do *Hand-Test*. Assim, na dimensão *Withdrawal*, realça-se uma diminuição tendencialmente significativa na 2ª Avaliação (Mdn = 2) em relação à 1ª Avaliação (Mdn = 4),  $T = 76.5$ ,  $p < .06$ . Nos fatores relacionados com o tempo de resposta verifica-se um aumento significativo, tanto do *High minus Low* na 2ª Avaliação (Mdn = 26) em relação à 1ª Avaliação (Mdn = 4),  $T = 33$ ,  $p < .05$ , como no *Average initial response time*, significativamente mais elevado na 2ª Avaliação (Mdn = 8.6) do que na 1ª Avaliação (Mdn = 3.12),  $T = 15$ ,  $p < .05$ . A dimensão *Pathological* é aqui referida pela sua importância, apesar de apresentar uma diminuição marginalmente significativa, com uma diminuição na 2ª Avaliação (Mdn = 4) em relação à 1ª Avaliação (Mdn = 8),  $T = 117.5$ ,  $p < .09$ . A dimensão *Acting-out* (AOS) apresenta um aumento significativo no valor da 2ª Avaliação (Mdn = 0) quando comparado com a 1ª Avaliação (Mdn = 1),  $T = 38$ ,  $p < .05$ . Finalmente a *Repetition* apresenta uma diminuição tendencialmente significativa na 2ª Avaliação (Mdn = 0) em relação à 1ª Avaliação (Mdn = 1),  $T = 69.5$ ,  $p < .064$ .

**Tabela 9**

Resultados do Hand-Test (teste de Wilcoxon)

	N	T	Z	p-value
<i>Withdrawal</i>	23	76.5	1.87	.06
<i>High minus Low</i>	31	33	4.21	.000025
<i>Average initial response time</i>	31	15	4.57	.000005
<i>Pathological</i>	27	117.5	1.72	.09
<i>Acting-out</i>	22	38	2.87	.0040
<i>Repetition</i>	22	69.5	1.85	.064

Na Tabela 10 encontra-se a estatística descritiva, contendo as Médias da amostra em estudo e da amostra de referência. Esta é constituída por 126 sujeitos (74 homens e 52 mulheres), pertencentes à cultura norte-americana, diagnosticados como portadores de deficiência mental e com idades compreendidas entre os 16 e os 73 anos de idade, com uma idade média de 34.13. Observaram-se diferenças expressivas, nos valores médios, nas categorias *Interpersonal* e *Withdrawal*.

**Tabela 10**

Estatística descritiva de variáveis do Hand-Test da amostra de referência e da amostra em estudo

	Média amostra em estudo	Desvio-padrão amostra em estudo	Média amostra de referência	Desvio-padrão amostra de referência
<i>Interpersonal</i>	3.81	3.36	4.39	4.23
<i>Environmental</i>	4.55	3.37	2.60	2.42
<i>Maladjustive</i>	.81	2.09	.90	1.54
<i>Withdrawal</i>	3.06	3.75	4.41	3.86

Na Tabela 11 apresentam-se os valores obtidos através da análise com o método estatístico *t-student* para uma única amostra. Pode-se observar que, em média, os participantes da amostra em estudo obtiveram pontuações mais elevadas na categoria *Environmental* ( $M = 4.55$ ,  $DP = 3.37$ ) do que os da amostra de referência ( $M = 2.60$ ,  $DP = 2.42$ ),  $t(30) = 3.21$ ,  $p < .05$ . Na categoria *Withdrawal*, em média, são mais baixos os valores obtidos na amostra em estudo ( $M = 3.06$ ,  $DP = 3.75$ ) do que na amostra de referência ( $M = 4.41$ ,  $DP = 3.86$ ). A diferença é tendencialmente significativa  $t(30) = -1.99$ ,  $p < .054$ .

**Tabela 11**

Comparação entre os resultados da amostra de referência e da amostra em estudo (teste t-student para uma única amostra)

	N	t-value	df	p-value
<i>Interpersonal</i>	31	-.97	30	.341
<i>Environment</i>	31	3.21	30	.031
<i>Maladjustive</i>	31	-.25	30	.805
<i>Withdrawal</i>	31	-1.99	30	.054



## CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO

Este trabalho propunha-se estudar as alterações provocadas pelo processo de envelhecimento, numa amostra da população portadora de deficiência mental, quer na sua dimensão cognitiva, quer em aspetos da personalidade. Como já referido, a escolha dos instrumentos mais adequados não se revela uma tarefa simples, dadas as características especiais desta população. Por vezes torna-se difícil manter este tipo de participantes suficientemente motivados para a conclusão de qualquer teste e, talvez mais importante, muitos testes são, muitas vezes, demasiado complexos ou com estímulos demasiado abstratos para eliciar respostas que reflitam o estado e a disposição do sujeito.

De uma forma geral pode-se afirmar que os resultados obtidos na 2ª Avaliação não diferem, substancialmente, daqueles obtidos na 1ª Avaliação, ocorrida oito anos antes. Diversos fatores poderão concorrer para tal. Desde logo, esta amostra da população não se encontra institucionalizada, mantendo contactos quer com o seu ambiente familiar, quer com todo o contexto social, desempenhando, a larga maioria, funções ativas no contexto do Centro de Emprego Protegido (CEP). Cabe ainda destacar o conjunto de atividades, de carácter cultural e educacional, que a instituição lhes proporciona, como sessões semanais de Desenvolvimento Psicossocial, *snoezelen* e terapia de apoio, que os mantém mentalmente ativos e socialmente integrados.

Principiando a análise pelo MMSE e, relativamente ao Total MM, tomando em consideração os valores de corte aferidos para a população portuguesa, em que se assume a existência de deterioração cognitiva para pontuações inferiores a 15 para analfabetos e inferiores a 22 para aqueles com escolaridade inferior a 11 anos, constata-se a existência, na 1ª Avaliação, de cinco sujeitos no primeiro caso ( $< 15$ ) e apenas três na 2ª Avaliação, tendo dois deles ultrapassado o valor de corte de 15. Para o segundo caso ( $< 22$ ), na 1ª Avaliação, foram identificados 10 sujeitos e na 2ª Avaliação, apenas sete. Da mesma forma assistiu-se a

um melhor desempenho nas questões da Evocação com desempenhos significativamente superiores. De uma forma geral pode-se afirmar que existiu uma melhoria nos resultados da 2ª Avaliação. Esta situação poderá ser também explicada pela pouca adequabilidade do MMSE a esta população. De acordo com Sturmey, Reed e Corbet (1991, citado por Strydom & Hassiotis, 2003, p. 431), o MMSE tem sido usado na avaliação de adultos portadores de deficiência mental, embora não seja considerado adequado para aqueles com deficiência mental moderada ou com problemas de leitura. Outra explicação poderá residir na motivação para o desempenho, muito variável devido à sua elevada labilidade e, também, no facto de, na sua maioria, ainda não terem atingido a denominada idade de inflexão (45 – 50 anos), em que se prevê que venha a ocorrer uma quebra nas suas capacidades cognitivas. Pode-se, pois, afirmar, com alguma segurança, que o processo de declínio cognitivo ainda não se tornou evidente.

A análise dos resultados nas Matrizes Progressivas de Raven não revelou uma diferença significativa no desempenho, nos diferentes momentos da avaliação. Esta prova revelou-se de difícil aplicação, exigindo grande concentração e, em alguns casos, largos períodos de tempo para a sua finalização. Numa população com estas características seria mais adequado a utilização das Matrizes Progressivas Coloridas, dado que se sabe que estas podem ser usadas satisfatoriamente por pessoas com paralisia cerebral, com défices cognitivos, ou que tenham sofrido deterioração das suas capacidades (Raven, Court, e Raven, 1995). Em muitos casos o cansaço e a dificuldade em perceber o objetivo da prova levou a que, pela frustração, respondessem de forma aleatória. Este comportamento tornava-se facilmente perceptível no final das primeiras séries, mais simples, em que começavam a demonstrar impaciência e principiavam a responder de forma irrefletida. No entanto, a ausência de diferenças significativas permite concluir que os processos cognitivos não apresentam deterioração em

relação à 1ª Avaliação, apesar dos baixos resultados obtidos em função das limitações intelectuais destes participantes.

No Teste da Mão, os parâmetros relacionados com o tempo gasto na formulação da resposta (*High minus Low e Average initial response time*) aumentaram significativamente, o que poderá indiciar uma lentificação das reações aos estímulos. O aumento da diferença entre o tempo mínimo de resposta e o tempo máximo registou um aumento muito grande o que poderá evidenciar alguma ansiedade, aliás patente no esforço que evidenciavam, aquando da aplicação do teste. De acordo com Wagner (1983), o distúrbio psicológico manifesta-se, muitas vezes, pelo atraso da resposta, sendo que um tempo de resposta mínimo representa a melhor resposta que o sujeito pode dar, denotando a ausência de traços ansiogénicos. Acrescenta ainda, que longos períodos de latência podem significar inadequabilidade perante estímulos desafiantes, pelo que este índice representa uma medida aproximada de perturbações psicológicas e de reação a estímulos nocivos. Como consequência desta lentificação na resposta, o *Average initial response time* também aumentou de forma significativa, traduzido num maior espaço de latência até surgir a primeira resposta verbalizada. Quando este valor é elevado pode indicar dificuldade em lidar com situações na vida. O sujeito pode-se sentir ameaçado pelo estímulo e precisar de tempo para o interiorizar, e desenvolver uma estratégia para neutralizar o seu impacto. (Wagner, 1983). No entanto, e considerando a população em causa, a presença de traços ansiogénicos, potenciados pelo desejo de mostrar competência nas provas, aliado à ambiguidade dos estímulos, poderão explicar esta latência elevada.

Os valores do *Withdrawal*, com um nível de significância tendencialmente significativo, baixaram na 2ª Avaliação. O fator que mais influenciou este resultado foi o *Description* que, segundo Panek e Wagner (1993, p. 327), são as respostas que esta população mais tende a produzir, nas quais o sujeito não pode fazer mais que reconhecer a presença da mão e,

eventualmente, acrescentando alguns detalhes ou emoções. Este tipo de resposta representa, ainda, uma reação débil e de procura de segurança na realidade, sendo muito comum em deteriorações orgânicas, esquizofrenia, e nos portadores de deficiência mental (Wagner, 1983). Considerando que uma pontuação elevada nesta dimensão refletiria a desistência de um papel significativo na vida, pode-se concluir que a existência de um sentimento de pertença, à família e à instituição, não revelou traços de deterioração no período de tempo em análise.

Na dimensão *Pathological* observa-se uma pequena diminuição dos valores na 2ª Avaliação, com um nível de significância marginalmente significativo. Estes valores representam uma adequada aproximação na avaliação do grau de patologia presente (Wagner, 1983). Se compararmos os valores obtidos na 2ª Avaliação ( $M = 6.87$ ,  $DP = 5.69$ ), com os da amostra normativa ( $M = 1.22$ ,  $DP = 1.31$ ), em que valores por volta de três podem indicar uma perturbação ligeira e acima de cinco podem indicar perturbações mais marcadas, estes poderão parecer elevados. Dado que esta dimensão é compósita e calculada somando a dimensão *Maladjustive* com duas vezes a pontuação obtida na dimensão *Withdrawal*, estes valores podem ser parcialmente explicados com os resultados obtidos num estudo de Panek e Wagner (1979, p. 601), em que afirmam que, quanto mais elevada a inteligência do deficiente mental, maior será a experiência subjetiva das suas fraquezas internas e das proibições externas, aumentando a pontuação da dimensão *Maladjustive*. Já no que diz respeito à dimensão *Withdrawal*, para aqueles com QI mais elevado, a pontuação nesta dimensão desce pela obtenção de um maior envolvimento no seu ambiente e nos papéis desempenhados, o que contraria em parte os elevados valores; mas, como vimos, a pontuação nesta dimensão foi elevada em função da ampla utilização do *Description*, expectável nesta população. Os valores obtidos em relação à 1ª Avaliação não sugerem uma alteração significativa nesta dimensão.



De acordo com Wagner (1983), o *Acting-Out Score* é um dos preditores mais importantes deste instrumento. Fornece uma aproximação da probabilidade de adoção de comportamentos hostis e antissociais, embora não deva ser interpretado diretamente, sem que sejam considerados outros fatores. Os valores da 2ª Avaliação aumentaram de forma estatisticamente significativa, dado que aumentaram as pontuações nas dimensões *Direction* e *Aggression* e diminuíram na *Affection*, *Dependence* e *Communication*. Note-se que a interpretação destes dados tem que ser feita de forma inversa, isto é, um aumento do *Acting-out Score* significa um aumento da pontuação nos parâmetros que avaliam os comportamentos antissociais e, assim, uma diminuição numérica na pontuação geral desta dimensão. Embora exista a indicação do aumento da tendência de comportamentos hostis, não existem evidências detetadas na realidade concreta destes participantes que permitam sustentar a existência de mais frequentes passagens ao ato.

A *Repetition* denota um repertório comportamental limitado e uma falta de flexibilidade perante os desafios da vida, estando muitas vezes associados a défices intelectuais e a problemas mentais de origem orgânica (Wagner, 1983). Existe um aumento tendencialmente significativo deste tipo de resposta na 2ª Avaliação, observável essencialmente no aumento dos valores máximos. Acresce que este é o tipo de resposta expectável nesta população.

Seguidamente procedeu-se à análise dos resultados obtidos na comparação entre a amostra em estudo e a amostra de referência, apurando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de *Environmental* e *Withdrawal*. A primeira consiste em funções sem um carácter interpessoal vincado e empenho em atividades consideradas importantes para a sobrevivência e o bem-estar. Para a amostra de referência é considerado previsível um baixo número de resposta nesta dimensão, o que não aconteceu na amostra em estudo. Comparando as médias dos parâmetros que compõem esta dimensão, para as respostas *Passive*, ressalta um valor Médio para a amostra de referência de .34 e para

a amostra em estudo de 2.13 que poderão ser interpretadas como uma forma do sujeito se assegurar que a sua vida gravitará em torno de situações pouco exigentes (Wagner, 1983). Parece existir assim um maior conformismo e a procura de uma zona de conforto, a que não serão alheios os fatores culturais. Na dimensão *Withdrawal* as diferenças observadas são tendencialmente significativas e mais baixas na amostra em estudo. Este resultado, se considerado com o anterior, parece apontar para uma boa integração no meio, de acordo com as expectativa de vida, mediadas pela adaptação proporcionada pelas suas características.

## CAPÍTULO 6: CONCLUSÃO

Este estudo não permitiu concluir pela existência de indícios de deterioração cognitiva e de demencia nesta amostra. Como foi afirmado, estes participantes ainda não atingiram a idade, assumida como o ponto de inflexão em que será expectável o surgimento destes sintomas. A manutenção de uma vida ativa, quer através do Centro de Emprego Protegido, quer através dos Centros de Atividades Ocupacionais, permite-lhes obter satisfação com a sua vida, obviamente condicionada pelas suas limitações, a que se adaptam. Potenciando esta situação está o facto de que, na sua maioria, permanecem nos seus ambientes familiares e inseridos nos seus contextos sociais. Estas conclusões são suportadas quer pela análise do MMSE como das Matrizes Progresivas de Raven, que não revelam uma baixa acentuada das pontuações, em relação à 1ª Avaliação, existindo até, nalguns parametros, uma melhoria dos resultados.

Do ponto de vista da análise de indícios de alterações da personalidade, em especial, em comportamentos agressivos e *acting-out*, na generalidade, não são detetáveis alterações, existindo, no entanto, alguns sujeitos pertencentes à amostra que revelam pontuações extremas, visíveis essencialmente nas pontuações mínimas, que podem indiciar o surgimento de comportamentos ou posturas mais agressivas. Esta situação é mais visível na análise do *Hand-Test*, na dimensão *Acting-out Score*, que, embora permanecendo aparentemente não muito alterada nos seus valores de medida de tendência central, apresenta valores mínimos muito elevados em alguns sujeitos. Note-se que, neste caso, se encontrou uma diferença significativa entre as duas avaliações. A importância de estudos continuados que permitam acompanhar a evolução desta população revela-se fundamental, ficando a questão de como seriam os resultados se o intervalo de tempo fosse superior a 10 anos.

Nas limitações ao estudo, aponta-se o reduzido número de participantes da amostra. Não estando satisfeitas as condições de normalidade da distribuição, recorreu-se à utilização de testes não-paramétricos, que apenas consideram se certos resultados são superiores ou inferiores, não calculando as diferenças numéricas exatas entre os resultados, pelo que a análise estatística efetuada não teria permitido uma discriminação suficientemente fina. Também os testes cognitivos usados não teriam sido os mais indicados para esta população, tendo-se revelado na sua aplicação como morosos e desmotivantes.

Seria interessante em investigações futuras alargar o número da amostra, obtendo a colaboração das diversas instituições nacionais, de forma a construir uma base de dados nacional. Os testes a usar deveriam ser selecionados em função das especificidades desta população e deveriam incluir medidas do comportamento adaptativo de que são exemplo as Escalas de *Vineland*. Sugere-se a adoção das Matrizes Coloridas de Raven em substituição das Matrizes Progressivas de Raven. O *Hand-Test* revelou-se como um instrumento muito interessante para usar nesta população, embora fosse útil a existência de estudos que permitissem aferir os valores de referência para a população portuguesa.

## BIBLIOGRAFIA

Barandika, I. (2002). *Calidad de vida y retraso mental*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Bigby, C. (2002). Ageing people with a lifelong disability: Challenges for the aged care and disability sectors. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* , 27, 231-241.

Boan, C., & Harrison, P. (1997). Adaptative behavior assessment and individuals with mental retardation. In: R. Taylor, *Assessment of individuals with mental retardation*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

Cooper, S., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., et al. (2009). Adults with intellectual: Prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research* , 53, 217-232.

Davidson, P., Janicki, M., & Thorpe, L. (2001). Healthy ageing - adults with intellectual disabilities: Biobehavioural issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* , 14, 218-228.

Davidson, P., Prasher, V., & Janicki, M. (2003). *Mental health, intellectual disabilities and the aging proces*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Duarte Silva, M. E., & Pires, A. M. (2006). O Teste da Mão aplicado a idosos. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 859-864). Braga: Psiquilibrios edições.

Edwards, W., & Luckasson, R. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports*. (M. Alonso, & C. Río, Trans.)

Elizabeth, F., McCarron, M., Connnaire, K., & McCallion, P. (2009). Developing an education intervention for staff supporting persons with an intellectual disability and advanced dementia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* , 6, 267-275.

Fisher, K., & Kettl, P. (2005). Aging with mental retardation - Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies. *Geriatrics* , 60, 26-29.

Greenspan, S. (1999). What is mean by mental retardation. *International Review of Psychiatry* , 11, 6-18.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia* .

Hoekman, J., & Maaskant, M. (2002). Comparison of instruments for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* , 27, 296-309.

Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., Janicki, M. (2000). *Healthy ageing - Adults with intellectual disabilities: Ageing and social Policy*. Geneva: World Health Organization.

Hoover, T. (1978). The hand test: Fifteen years later. *Journal of Personality Assessment*, 42, 128-138.

Ibáñez, F. (2002). Envejeciendo con retraso mental, sociodemografía, desafíos, propuestas. In: R. Gil, *Hacia una cálida vejez - Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental* (pp. 17-77). Madrid: FEAPS.

Lifshitz, H. (2002). Attitudes toward aging in adult and elderly people with intellectual disability. *Educational Gerontology* , 28, 745-759.

Long, T., & Kavarian, S. (Jan de 2008). Aging with developmental disabilities. *Topics in Geriatric Rehabilitation* , 24, 2-11.

McCarron, M., & Lawlor, B. (2003). Responding to the challenges of ageing and dementia in intellectual disability in Ireland. *Aging & Mental Health* , 413-417.

Meservy, J. (Novembro de 2008). The new classification of mental retardation as "intellectual disability". *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter* , pp. 5-7.

Millán-Calenti, J., Seijas, S., Marate, M., Maseda, A., Quintana, J., & Meleiro, L. (2006). Personas mayores con discapacidad intelectual: propuesta para la puesta en marcha de un programa de intervención y resultados preliminares. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* , 37, 49-62.

Morgado, J., Cláudia, R., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse* , 9, 10-16.

Muñoz, A. (Janeiro de 2007). *FEAPS*. Acesso em 6 de Fevereiro de 2012, disponível em FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual): [http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/cat\\_view/93-envejecimiento.html](http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/cat_view/93-envejecimiento.html)

Nettelbladt, P., Goth, M., Bogren, M., & Mattison, C. (2009). Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-1997. *Nordic Journal of Psychiatry* , 316-321.

Organization, W. H. (2000). *Healthy ageing - Adults with intellectual disabilities - Summative report*. Geneva: World Health Organization.



Panek, P., & Wagner, E. (1993). Hand test characteristics of dual diagnosed mentally retarded older adults. *Journal of Personality Assessment* , 61, 324-328.

Panek, P., & Wagner, E. (1979). Relationships between hand test variables and mental retardation: A confirmation and extension. *Journal of Personality Assessment* , 43, 600-603.

Panek, P., Wagner, E., & Suen, H. (1979). Hand test indices of violent and destructive behavior for institutionalized mental retardates. *Journal of Personality Assessment* , 43, 376-378.

Raven, J., Court, J., & Raven, J. (1995). *Coloured progressive matrices*. Oxford: Oxford Psychologists Press.

Raven, J., Court, J., & Raven, J. (1996). *Standard progressive matrices*. Oxford: Oxford Psychologists Press.

Schalock, R., & Luckasson, R. (2004). Definition, classification and system of supports and ist relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* , 1, 136-146.

Sheets, D. (2005). Aging with disabilities: Ageism and more. *American Society on Aging* , 37-41.

Smith, J. (17 de JUL de 2010). Fonte: The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities: <http://www.mnddc.org/parallels2/pdf/90s/99/99-MRI-MLW.pdf>

Strydom, A., & Hassiotis, A. (2003). Diagnostic instruments for dementia in older people with intellectual disability in clinical practice. *Aging & Mental Health* , 7, 431-437.

Taylor, R. (1997). *Assessment of individuals with mental retardation*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

Verdugo, M., & Bermejo, B. (2001). *Atraso mental: Adaptação social e problemas de comportamento*. Amadora: McGraw Hill.

Vieira, F., & Pereira, M. (2007). *"Se houvera quem me ensinara..." a educação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wagner, E. (1983). *The hand test - manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Wilkinson, H., & Janicki, M. (2002). The Edinburgh principles with accompanying guidelines and recommendations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 279-284